UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1957 – N° 197

TENSION NERVEUSE ET RELAXATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Novembre 1957

PAR

Jean-Lucien GODIN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE TROPICALE

Né à Amiens (Somme), le 2 Août 1931.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
JOULIA, professeur — *Juges*
LE COULANT, agrégé — *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0062

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1957 – N° 197

TENSION NERVEUSE ET RELAXATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Novembre 1957

PAR

Jean-Lucien GODIN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE TROPICALE

Né à Amiens (Somme), le 2 Août 1931.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
JOULIA, professeur..... — *Juges*
LE COULANT, agrégé..... — *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.

DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, CREYX, MAURIAC GOLSE.

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	
G. PORTMANN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie
F. PAPIN	Clinique chirurgicale
R. SIGALAS	Zoologie et parasitologie
E. AUBERTIN	Clinique médicale et des maladies infectieuses
X. J. DUBECQ	Clinique odonto-stomatologique
G. VITTE	Pharmacie
R. FABRE	Physiologie
P. DELMAS-MARSALET	Clinique des maladies nerveuses et mentales
C. JOULIA	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
M. RIVIERE	Clinique d'accouchements
R. DE GRAILLY	Clinique médicale
R. DARGET	Clinique des maladies des voies urinaires
P. DERVILLEE	Médecine légale et médecine du travail
A. FONTAN	Clinique médicale des maladies des enfants
F. PIECHAUD	Hygiène et Clinique de la tuberculose
C. PIFFAULT	Physique médicale et pharmaceutique
R. CASTAGNOU	Toxicologie et hygiène appliquée
J. REBOUL	Electroradiologie et clinique d'électricité médicale
L. MASSE	Clinique chirurgicale
R. GIRARD	Botanique et cryptogamie
P. MESNARD	Chimie

MM.	
R. DUFOUR	Anatomie
P. BROUSTET	Clinique médicale
J. MAGENDIE	Clinique gynécologique
F. TAYEAU	Chimie biologique et médicale
G. MAYER	Anatomie générale et histologie
P. BLANQUET	Physique pharmaceutique (T. P.)
R. SARIC	Pathologie générale et expérimentale
L. POUYANNE	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
J.-J. DUBARRY	Hydrologie thérapeutique et climatologie
F.-J TRAISSAC	Thérapeutique
R. PAUTRIZEL	Immunologie (T. P.)
G. MOUSTARDIER	Bactériologie
A. LACHAPELE	Carcinologie
P. CAZAUX	Hydrologie pharmaceutique (T. P.)
E. BESSIERE	Clinique ophtalmologique
H. LEGER	Anatomie pathologique et microscopie clinique
J. MASQUELIER	Matière médicale
G. MORETTI	Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques
P. LAUMONIER	Pathologie et technique chirurgicales
J. LENG-LEVY	Pathologie médicale

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. DESPONS (Oto-rhino-laryngologie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM.	
R. GOLSE	Pharmacie (1re Section)
F. RIGAUD	Anatomie
E. NEUZIL	Biochimie médicale
J. FAURE	Pathologie expérimentale

MM.	
R. QUILICHINI	Pharmacie (2e Section)
R. STOLL	Histologie
H. GABANIE	Anatomie
J. DUHAMEL	Physique médicale
P. ROMAIN	Pharmacie (1re Section)

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM. J. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale); J. BIRABEN (Anatomie pathologique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	
P. LE COULANT	Dermatologie et syphiligraphie
M. BERGOUIGNAN	Médecine générale
J. CHAVANNAZ	Chirurgie générale
P. VERGER	Pédiatrie et puériculture
J. LANGE	Urologie
L. CHASTRUSSE	Obstétrique
P. L'EPEE	Médecine légale et médecine du travail
J. VILLAR	Chirurgie générale
R. TINGAUD	Chirurgie générale
J. DEPAULIS	Chirurgie générale
A. LAVIGNOLLE	Médecine générale

MM.	
G. FAUGERE	Obstétrique
P. BENOIT	Odonto-stomatologie
C. MARTIN-DUPONT	Médecine générale
J. DAVID-CHAUSSE	Médecine générale
J. RIVIERE	Médecine générale
P. DARMAILLACQ	Chirurgie générale
L. CORCELLE	Ophtalmologie
M. PORTMANN	Oto-rhino-laryngologie
P. FREOUR	Pneumo-phtisiologie
M. BLANC	Neurologie et psychiatrie

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	
P. MAHON	Obstétricie sociale
J. DESPONS	Oto-rhino-laryngologie
L. CHASTRUSSE, G. FAUGERE	Accouchements
P. VERGER, G. PERY	Puériculture
F. COUSTOU	Législation pharmaceutique
H. LAUBIE	Cryptogamie
G. TEMPERE	Organographie et physiologie végétale
R. NIVET	Chimie biologique analytique
R. BABIN	Chimie analytique
J. VILLAR, J. CHAVANNAZ, R. TINGAUD, F. LAPORTE	Pathologie chirurgicale

MM.	
J. BAILENGER	Zoologie pharmaceutique
Mme LINQUETTE	Physiologie
Mlle LARCEBAU	Toxicologie et Hygiène
R. CORTESI	Phytopharmacie
J.-M. AUBY	Droit médical international
P. L'EPEE	Médecine légale
J. RIVIÈRE	Séméiologie médicale
J. DEPAULIS	Séméiologie chirurgicale
R. STOLL	Embryologie
DULONG DE ROSNAY	Bactériologie
M. BERGOUIGNAN, A. LAVIGNOLLE	Pathologie médicale

Le Secrétaire principal de la Faculté : André GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. DEMANGEAT

Qui a bien voulu nous apporter
l'aide de son expérience.
En témoignage de reconnaissance et
d'amitié.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A NOS PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A NOS PROFESSEURS DE PSYCHOLOGIE

DE LA FACULTÉ DES LETTRES DE BORDEAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR STOETZEL

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR LACROZE

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour leur enseignement et les conseils qu'ils ont bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 2e CLASSE LE BRETON

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1939-1945

CROIX DE GUERRE DES T. O. E.

CHEVALIER DES PALMES ACADÉMIQUES

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE FUCHS

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE DES T. O. E.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BERGOUIGNAN

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE 1939-1945

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Qui a bien voulu nous confier ce travail. Nous le remercions de ce qu'il a fait pour nous.
En témoignage de notre grande admiration.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. LE COULANT

AGRÉGÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

MÉDECIN DERMATO-VÉNÉRÉOLOGISTE DES HÔPITAUX

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. JOULIA

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

EXPERT DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

COMMANDEUR DANS L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Dont nous avons toujours suivi l'enseignement avec intérêt.
Nous le remercions d'avoir bien voulu nous honorer de ses conseils et d'avoir accepté de présider cette thèse.
En témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

TENSION NERVEUSE
ET
RELAXATION

INTRODUCTION

Il est maintenant lieu commun de dire que le nombre des malades psychiatriques augmente rapidement, fait malheureusement vrai et facilement contrôlable, et d'en rendre responsable le rythme et les tracas de la vie moderne. Personne d'ailleurs ne prétendrait que notre résistance nerveuse n'est pas soumise à plus dure épreuve que celle des générations qui nous ont précédé : adaptation aux progrès continuels qui objectivement ne sont pas toujours favorables, adaptation aux structures nouvelles économiques sociologiques, manque de temps pour l'intégration personnelle, inquiétudes justifiées et répétées en particulier par une plus grande information, etc... (1).

Par ailleurs, de son côté, la médecine neuropsychiatrique multiplie de jour en jour ses moyens thérapeutiques. Parmi ceux-ci, l'un d'eux, un des derniers apparus et encore au stade de l'expérimentation, a, toutefois, particulièrement retenu notre attention parce qu'il semble s'attaquer directement à ce problème de désadaptation; il se propose :

1° Ne pouvant toujours diminuer les charges qui pèsent sur notre système nerveux, d'augmenter la période de

(1) Entre autres on trouverait des exemples dans l'étude du travail à la chaîne, faite par Friedmann (Où va le travail humain ?) ou dans le livre de S. Weil sur la « Condition ouvrière ».

récupération de celui-ci par un repos d'une qualité particulière, qui, loin d'être un succédané, paraît être doué de propriétés spécifiques.

2° Partant de l'hypothèse qu'il existe une fatigue spéciale du système nerveux (qualifiée d'état de tension) allant de pair avec un état organique sur lequel nous pouvons avoir prise, se propose dans l'esprit de l'unité psychosomatique de modifier le premier en modifiant le second.

En Amérique, Jacobson, en 1938, propose la relaxation progressive dans laquelle le sujet a pour tâche de prendre conscience de son sens musculaire à partir d'exercices a points de départ périphériques pour pouvoir lutter contre lui et parvenir ainsi à cet état de flaccidité musculaire.

En Allemagne, Schultz, en 1950, a sous le nom d'entraînement autogène proposé une méthode à base de concentration psychologique permettant d'obtenir d'abord un relâchement total musculaire, puis une dilatation artérielle par la représentation de phrases-clés telles que « mon bras est lourd », « mon bras est chaud »...

En France, Ajuriaguerra et Garcia-Badaracco ont répété ces expériences à leur compte avec des résultats satisfaisants.

A Bordeaux, depuis un an, dans le cadre du Service du Professeur Bergouignan existent des « cures de relaxation », et pour les malades non hospitalisés une consultation a été créée, tenue par le Docteur Demangeat une fois par semaine.

Le Professeur Bergouignan a bien voulu accepter notre participation pour ce travail intéressant et bien qu'il soit encore trop tôt pour faire une publication des résultats cliniques avec un recul suffisant, il nous a permis de faire de cette étude notre sujet de thèse.

Dans une première partie, nous allons donner le résultat de nos investigations théoriques et de nos réflexions sur cette méthode nouvelle. Nous tenterons de définir le terme de « tension nerveuse » en cherchant les différents

domaines où il peut avoir des racines. Nous verrons dans quelle mesure on peut attendre des résultats de la méthode dans chacun de ses aspects.

Cette analyse critique aura pour but de répondre à un certain nombre de questions relatives à l'application de ces méthodes.

Dans une seconde partie, nous décrirons en détail les différentes méthodes et les raisons de notre choix pour la méthode de Schultz.

Dans l'exposé de notre travail clinique, nous essaierons de préciser les indications de la méthode. Nous donnerons un compte rendu de nos résultats actuels.

LES ÉTATS DE "TENSION NERVEUSE"

Nous voyons souvent ce mot de tension employé avec un sens spécifique, c'est-à-dire sous-tendant telle ou telle pulsion.

Nous laisserons de côté cet aspect trop précis du mot tension et nous attacherons à ce mot un sens beaucoup plus général. Nous accepterons l'hypothèse d'un état physiologique instable et nocif, à l'origine de nombreux processus pathologiques, réaction indifférenciée de l'organisme aux stimulations qui l'assaillent lorsqu'il ne peut réagir ou lorsque celles-ci sont trop rapprochées. Ainsi s'expliqueraient par exemple, l'hyperexcitabilité, l'irritabilité puis la phase d'atonie chez le surmené.

Nous voyons dès maintenant que la clientèle bénéficiant de cette méthode sera surtout faite de surmenés et de beaucoup de ces malades qui entrent difficilement dans les cadres classiques nosographiques; mais aussi nous verrons l'importance de ce facteur tension, contre lequel on se propose de lutter, dans la genèse des maladies mentales et psychosomatiques vraies et pour lesquelles ce traitement peut être un adjuvant.

Nous avons réuni ce que nous avons trouvé dispersé dans la littérature médico-psychologique ayant trait à un « état de tension », et ce qui nous a paru s'en rapprocher, et nous pensons que ces notions isolées sont divers aspects d'un même phénomène qui ne peut maintenant être mis en doute.

Chacune de ces études apporte un aspect complémentaire. Il nous a paru nécessaire d'en donner un exposé.

Nous avons respecté autant que possible l'ordre chronologique de découverte et nous nous sommes tenu à quatre aspects principaux pour la clarté.

I. — FATIGUE NEUROMUSCULAIRE

Nous pensons que cet état a mérité parfois, avec juste raison, le qualificatif de tension. En effet il rend irritables en sensibilisant aux heurts et en les diminuant les défenses normales.

Ces processus physiologiques sont en général bien connus. Nous allons en donner ici un bref rappel.

On peut, avec LAGRANGE, définir la fatigue comme étant une diminution ou une abolition du pouvoir fonctionnel des organes provoquée par un excès de travail et accompagnée d'une sensation de malaise caractéristique. Les travaux modernes ont, en particulier, expliqué ce phénomène par une auto-intoxication par les déchets du métabolisme cellulaire et dans une plus faible mesure par une usure des tissus et diminution des réserves d'énergie.

En général, on associe les termes de « fatigue neuromusculaire » car le système nerveux et le muscle forment, on le sait, un couple indissoluble.

On s'est longuement demandé si, au cours de la fatigue physiologique, le phénomène initial ne siégeait pas surtout sur les neurones psycho-moteurs plutôt que sur les muscles, car le neurone en activité, ainsi que le muscle, sont le siège de phénomènes métaboliques.

A Bordeaux, M^lle^ G. ROUGIER et M. FABRE sont en faveur d'une théorie mixte. La fatigue prédominerait sur l'une ou l'autre de ces localisations suivant la nature du travail envisagé et le sujet considéré. Ils remarquent en particulier qu'il y a une différence entre le travail statique et le travail dynamique, entre le travail manuel simple et celui qui demande plus de tension (coordination neuro-musculaire, travail à la chaîne, etc...).

Par ailleurs, la fatigue retentit sur le système nerveux, la coordination neuro-musculaire est diminuée, le sens kinesthésique est émoussé, et « non seulement l'atteinte portera sur les centres moteurs, mais aussi sur les centres proprement psychiques » (Fabre et Rougier).

Dès que l'activité volontaire s'arrête ou se ralentit, cela suffit pour que la réparation compense l'usure, que les stocks d'énergie soient reconstitués et que les toxines soient drainées hors de l'organisme. Si les repos ne sont pas suffisants ou si le travail est trop intense ou mal récupéré, arrivera un état de « surmenage chronique » par accumulation de ces déficits journaliers.

C'est en partant de cette unité indissoluble du muscle et du nerf que Jacobson a pensé atteindre la fatigue profonde du système nerveux (dont il rend responsable les obligations de la vie moderne), par la mise au repos du muscle. Selon lui, bien souvent le couple « nerf-muscle » ne serait pas au repos dans l'inaction simple. Mais un entraînement particulier ayant le muscle comme point de départ permettrait ce repos complet.

II. — LES ÉTATS TENSIONNELS PSYCHOLOGIQUES

La psychologie moderne a accepté maintenant la notion de tension psychologique (1). Ce terme s'est d'ailleurs enrichi et précisé progressivement par l'usage qu'en ont fait psychologues (2) et médecins, Janet en particulier. C'est

(1) Précisons dès maintenant, pour éviter l'équivoque, que malgré l'analogie de nom, cette « Tension » ne fait pas partie de l'état général, défini précédemment comme pénible et instable. Pour définir l'aspect psychologique de cet état, nous employons le terme « d'état tensionnel ».

(2) Bergson, dans l'Energie Spirituelle : « Ta vie à l'état de veille est une vie de travail, même quand tu crois ne rien faire car à tous moments tu dois choisir, à tous moments exclure... Adaptation et choix te maintiennent dans un état de tension ininterrompue... Avoir du bon sens est fatigant. »

M. Pradines, dans l'introduction de son Traité de psychologie : « Ce qu'il y a de plus général dans une activité c'est, à coup sûr, sa tension vers un but ; or ce que nous allons étudier dans cette introduction n'est que la tension psychique envisagée dans ses deux formes principales. L'activité psychique peut être concentrée ou dispersée, tenue en main par le sujet ou abandonnée par lui à l'automatisme, et c'est ce que nous appelons en somme conscience ou inconscience ».

une sorte de vigilance, une concentration volontaire de la conscience pour s'élever à un certain niveau d'activité psychologique. En effet, toutes les actions humaines n'ont pas la même valeur : certains actes sont supérieurs et leur influence s'étend plus loin dans le temps : ils sont plus élevés dans la hiérarchie. A ces « niveaux » de phénomènes psychologiques correspondrait la notion de différentes tensions psychologiques.

Quoi qu'il en soit, cette tension est normalement suivie de détente sous forme d'activités psychologiques inférieures. Mais elle peut n'être pas libérée; elle procure alors un état tensionnel [1] (dû par exemple à des données contradictoires ou trop pressées) qui se traduirait par un hypercontrôle, par un manque de laisser-aller normal allant de pair avec une irritabilité, le tout s'accompagnant d'une impression pénible. A l'extrême, l'organisme soumis à des tensions trop grandes serait atteint « d'épuisement nerveux » ou psychasthénie : c'est ainsi qu'il avait pu être conseillé à des psychasthéniques d'éviter les situations d'opération « haute tension » [2].

Ces théories justifieraient la relaxation telle que nous la pratiquons. En effet, en tenant le champ de conscience « à 0 », on évite le gaspillage en activités psychiques inférieures et inefficaces, et l'on permet une sorte de rassemblement des forces avant une activité psychique supérieure. D'autre part, elle remplacerait le sommeil impossible (l'insomnie étant un signe majeur) par un repos différent et dont le caractère volontaire permet une alternance automatiquement réglée sur ses besoins par le malade lui-même [3].

---

(1) Des auteurs tels que Leitch et S. Escalona, décrivent chez l'enfant des états tensionnels, leur notion de tension ayant une signification équivalente à celle employée en physique (Ajuriaguerra et Garcia).

(2) Rappelons la distinction que fait Janet entre la tension psychologique et la force psychologique, les deux pouvant donner lieu à des faiblesses pathologiques : atonie et asthénie.

(3) On peut rapprocher ce contrôle personnel de ses propres rythmes d'activité et repos, de la « Rythmanalyse » que propose M. Bachelard, méthode dont

La possibilité d'utilisation rationnelle de l'énergie psychique, bien qu'étant un appoint considérable, n'atteint qu'un aspect des phénomènes. Depuis Freud on connaît l'importance du facteur « conflit » dans les diminutions de force et souvent l'entraînement autogène ne fera que « compléter » les thérapeutiques d'analyse.

Nous avons pensé que dans les cas des états tensionnels la relaxation, faite à bon escient, avait ses indications en rompant le rythme trop accéléré des stimulations et en permettant au système nerveux conscient et inconscient de ne pas se laisser déborder par le temps. Nous pensons aussi aux bienfaits qu'une attitude de calme peut apporter à ces « inquiets ».

Il semble admis que l'épuisement nerveux soit à l'origine de nombre de maladies mentales; nous admettons aussi que les états tensionnels sont à l'origine de nombre de maladies psychosomatiques. En conséquence, il apparaît que certains malades psychiatriques et psychosomatiques pourront bénéficier des mêmes thérapeutiques.

III. — LA TENSION ÉMOTIONNELLE

Un apport nouveau est venu s'ajouter aux notions précédentes; ce sont les travaux sur l'émotion (nous savons que dans tout phénomène psychologique on peut considérer un aspect intellectuel et un aspect affectif, et dans celui-ci, la part d'émotion) et dans chaque émotion nous pensons qu'il y a un élément « stress émotif » indifférencié, l'élément de participation intense si l'on veut, sorte de tension aiguë; réaction quelquefois utile mais parfois exagérée et l'on parle à ce propos d' « orages affectifs » ou de la « répercussivité » exagérée de certains sujets.

---

le mérite revient à M. Alberto dos Santos, professeur de philosophie au Brésil, et qui vise « à donner à l'esprit la maîtrise des dialectiques de la durée » : « un art du repos peut se fonder sur l'assurance de quelques repères bien distribués » (p. 167); « il faut s'attacher à la recherche d'un repos actif qui ne peut se satisfaire des dons gratuits de l'heure et de la saison » (p. 168).

(La dialectique de la durée, G. Bachelard.)

Depuis très longtemps, on a assimilé l'émotion à une décharge nerveuse qui s'irradie dans tout l'organisme, en particulier provoquant des troubles dans le système neuro-végétatif. Ceci est maintenant trop bien connu pour que nous le développions davantage [1].

Il semble, à l'heure actuelle, que si le sujet n'a pas d'expression dans le domaine moteur il ait d'autant plus de ces réactions internes, que le barrage opposé à la libération normale de la décharge nerveuse vers le système de la vie de relation ait pour corollaire une dérivation d'autant plus puissante vers le système nerveux de la vie végétative.

Il est surtout intéressant pour nous que l'on ait parlé d' « émotions rentrées » ou d' « émotions non liquidées » (Janet, Freud, M. Delay).

« En fait », dit le Professeur Delay, « l'émotion rentrée ne s'accompagne pas de la *détente* qui succède à l'expression motrice adéquate de l'émotion; le refoulement de cette émotion engendre un afflux d'irritation interne *qui ne se liquide point :* l'émotion n'est pas liquidée ».

Nous entrevoyons maintenant ce que l'on peut entendre par état de « *tension émotionnelle* ».

Citons à nouveau les travaux en laboratoire de M. Fraisse et rapprochons de « l'émotion rentrée » ce qu'il appelle simplement tension : celle-ci est en particulier caractéristique d'un groupe d'individus (qu'il peut déterminer scientifiquement) et qui, en situation de travail, essaient de « se libérer d'une trop grande tension » par le fait d'aller vite. (Le critère d'activation est d'ailleurs le réflexe psycho-galvanique dont il mesure les décharges et leurs modulations).

En plus des émotions facilement perçues comme telles

(1) Entre autres citons Pieron : « Toutes ces réactions émotionnelles dont on a cherché d'enfantines explications finalistes apparaissent comme des conséquences exagérées d'un phénomène fondamental de l'affectivité, la libération d'énergie nerveuse ».

et refoulées secondairement, beaucoup d'autres moins évidentes provoquent cet état.

L'activité émotionnelle (1) serait révélée en particulier chaque fois qu'il y a conflit — et nous rejoignons un peu par là la tension psychologique de Janet — mais il y aurait aussi conflit non exprimé si le sujet doit, dans un temps limité, faire une tâche vite et bien (ce qui est incompatible : et il doit choisir alors sa solution d'après des « attitudes intérieures »). Il y a aussi conflit dans tout apprentissage. L'incertitude agirait dans ce même sens. Contentons-nous de citer Wallon : « L'incertitude de l'homme pris au dépourvu se tourne aux réactions émotives, non pas nécessairement par l'intermédiaire de la timidité, mais par l'effet direct d'une incitation à réagir qui n'a pas d'issue actuelle dans la vie de relation. C'est là qu'est la cause essentielle des manifestations émotives. Il est en effet possible de les provoquer en multipliant des ordres ou des questions sans laisser au sujet le temps d'obéir ou de répondre, c'est-à-dire, sans lui permettre de traduire en gestes ou en idées les stimulations qui l'assaillent » (2).

Et l'on peut également rattacher ici tous les phénomènes affectifs d'une certaine intensité, éléments conflictuels dont l'importance est reconnue grande et qui provoquent une « tension émotionnelle ». L'agressivité coléreuse par exemple est suivie d'une détente, mais s'il n'y a pas la décharge normale il en résulte une impression de malaise, de « tension ».

Nous aurons à envisager le groupe des sujets qui retiennent surtout la nuance affective de toutes les impressions qu'ils reçoivent; la stimulation originale est noyée dans ces résonnances.

Nous citerons encore l'interprétation d'après Wallon (les origines du caractère chez l'enfant), de l'attitude d'une

(1) D'après les travaux de M. Fraisse entre autres.
(2) « Les origines du caractère chez l'enfant », p. 67.

petite fille qui avait frappé une compagne sous l'influence d'une « angoisse » et qui, oubliant son geste, estimait que son amie l'avait frappée. « Probablement aussi l'enfant s'est elle-même représenté l'agression comme venant de sa petite amie, que son angoisse s'y était mieux soulagée et que sa tension affective était désormais tombée... » (1).

En conclusion, l'existence de cette tension émotionnelle (2) si spécifique et son caractère perturbant (3) est suffisamment prouvée.

Il est évident que la relaxation paraît s'opposer à la liquidation de cette tension puisqu'il découle de ce que nous avons dit qu'il vaut mieux faire quelque chose que rien. Par ailleurs, certaines expériences de M. Fraisse, prouvent que dans les périodes de repos, entre les tâches à accomplir, les décharges psychogalvaniques — notre seul critère — sont plus élevées. Que penser alors de la position inactive, par définition même celle de la relaxation ? La relaxation est-elle un élément nuisible dans ce cas ? Faut-il faire avec précision le diagnostic différentiel de cette tension pour l'éviter, ou suffit-il simplement d'ajouter d'autres thérapeutiques ?

Depuis longtemps, le caractère bénéfique de l'expression psychomotrice a été remarqué. Depuis peu, cette possibilité a été adjointe à l'arsenal thérapeutique non seule-

---

(1) « Les origines du caractère chez l'enfant », p. 217. On voit que cette interprétation n'est pas du tout inintéressante en neuropsychiatrie (où on peut la transposer dans une certaine mesure) pour trouver à certaines psychologies de malades un support organique et voir le bénéfice qu'apporterait alors une liquidation de tension. Rapprochons aussi de cette tension émotionnelle certains « états dangereux » et connus sous ce nom en criminologie.

(2) Il existe une véritable fonction tonico-émotionnelle qui se développe avant les fonctions de relation ; le moment qui marque cette fonction dans l'évolution psychique répond à l'étage que ses centres occupent dans le système nerveux : hypothalamus, thalamus, noyaux gris, noyaux de la base (M. Dumaziat).

(3) *Cf.* Delay, Etudes de psychologie médicale, p. 240 : « Si l'émotion-choc est biologiquement traumatisante, il en va de même de la simple tension émotionnelle dont les effets pour être moins spectaculaires ne sont pas moins nuisibles : elle ne se distingue de l'émotion-choc que comme en pathologie l'état chronique de l'état aigu et il est bien certain que si l'émotion-choc est source de tension émotionnelle, la tension émotionnelle est de l' « émotion-choc en » puissance ».

ment sous forme de gymnastique, mais encore sous forme d'expression rythmée en grande partie analogue à la danse. Dans le cadre du centre Abadie, un spécialiste chargé des rééducations psychomotrices observe couramment dans ces exercices, des changements d'humeur, bref des apaisements.

Il nous semble donc nécessaire d'orienter dans cette voie nombre de « malades tendus » : suivant le cas, tenant compte de l'âge, du sexe et des conditions, nous conseillerons un sport, de la marche ou de la rééducation psychomotrice.

Nous croyons en effet (comme le remarque Wallon), que bien souvent le travail seul, même purement musculaire, au lieu d'assouvir leur besoin d'activité, développe l'irritabilité chez des impatients qui prennent une sorte d'avance sur ce qu'ils ont à faire, chez des inquiets qui ne s'abandonnent pas à l'action, chez des inaptes qui traduisent leur impuissance en irritation et en colère. Certains métiers — surtout à notre époque — font prédominer sur la réalisation effective l'attente, la surveillance, la préparation, la prévision...

C'est pourquoi le mouvement gratuit dans un climat de détente paraît être souvent la libération par excellence (1).

Par ailleurs, il découle de ce que nous avons dit de l'émotion que bien souvent il y ait un écueil à éviter : on est trop tenté de retirer les malades de leur vie courante : une chose est de pratiquer à bon escient l'isolement d'un malade ou de le mettre en arrêt de travail si c'est nécessaire, une autre est de créer autour de lui une barrière protectrice et une autocontemplation qui ne lui permet plus d'expression émotionnelle (2).

---

(1) Signalons que l'exercice psychomoteur est aussi à adapter aux besoins de chacun, car le mouvement même peut être à l'origine d'excitations organiques par son rythme en particulier (*cf.* chapitre suivant sur l'hypertonus) et parfois à supprimer. *Cf.* « Les origines du caractère chez l'enfant ».

(2) Rapprochons de ces expressions émotionnelles, libératrices, les résultats de stimulation émotionnelle artificielle même athématiques provoquées par Delay et ayant provoqué des réactions curatrices. On pourrait aussi voir un

Ceci étant admis, pourquoi ne pas associer ces deux thérapeutiques : expression psychomotrice et relaxation, et les employer « à la demande » et les doser suivant le caractère du malade ? (1) C'est pour cela que nous pensons que le contrôle est nécessaire.

Voici en particulier les raisons (2) pour lesquelles nous avons continué notre thérapeutique à ces victimes de l'émotion.

Dans la genèse de l'émotion, le corps agit comme un résonateur. Ne peut-on le mettre dans un état de moindre résonance en essayant d'étouffer totalement celle-ci parfois ? A l'échelle du malade, la relaxation ne serait-elle pas comme une petite hibernation facile et sans préparation dont on ne craindrait pas d'abuser ? Elle aurait à sa base cette même hypothèse que l'organisme réagit trop aux stress et toujours de la même manière. La relaxation éviterait toujours le caractère auto-entretenu de l'émotion chez le malade entraîné. (Signalons ici une difficulté apparente : il est évident que le malade aura d'autant plus de mal à se relaxer qu'il sera ému ou tendu; mais c'est pourquoi un long entraînement quotidien apportera alors le bénéfice de l'habitude et du conditionnement.)

Il est toujours permis et conseillé d'associer à la relaxation d'autres thérapeutiques pharmacologiques surtout, et

---

rapprochement avec les reviviscences des événements traumatisants utilisés en psychanalyse qui n'ont pas de valeur libératrice si elles ne s'accompagnent d'un nouveau traumatisme émotionnel. Dans le cadre de « l'expression émotionnelle » nous pensons que la musique agirait quelquefois en provoquant une émotion libératrice.

(1) Il est évident logiquement, qu'après libération dans le domaine moteur de la tension émotionnelle gênant pour l'exercice, la relaxation ne saurait être contre-indiquée. Toutefois nous attribuons aussi une grande valeur au travail de préparation psychologique car ce qui se manifeste par les réactions dermo-cutanées dans les périodes de repos, d'arrêt comme le montrent les expériences de M. Fraisse, c'est une certaine inquiétude; dans le cadre de notre étude, l'attente de l'inconnu, la peur de ne pas arriver suffisent à créer de nouveau des états de perturbation chez nos sujets prédisposés.

(2) Dans ce qui précède, il semblerait que l'on ait opposé récupération et détente, et accordé à la relaxation une action immédiate seulement sur le premier facteur. Toutefois, empiriquement, signalons que des malades pratiquant la relaxation au stade de chaleur, nous ont décrit avec enthousiasme une impression de détente survenant brutalement pendant l'exercice.

d'éviter par ce moyen la résonance somatique qui entretient le cercle vicieux, mais la relaxation de Schultz nous paraît apporter cet avantage précieux qu'elle est une méthode active et qu'elle insiste sur la participation du sujet et demande sa bonne volonté.

Par ailleurs, pour ce qui est des grands émotifs véritablement malades on peut espérer un déconditionnement par un travail progressif et même une action plus directe du système cérébro-spinal sur ce système autonome. Cet apprentissage fait l'objet des derniers stades de la méthode de Schultz [1].

En résumé, on conçoit que, dans ce cas encore, la relaxation doit se faire, mais est inséparable :

— D'un certain diagnostic différentiel des états de tension,

— D'une certaine typologie dont l'étude est en cours.

Elle doit s'associer :

— A un procédé de libération proprement moteur,

— Elle relève d'une direction qui opère surtout par intuition et parfois tâtonnements, et s'associe en particulier à une compréhension du malade qui ira parfois jusqu'à demander pour lui un changement d'activité.

De plus, comme nous l'avons déjà dit, nous n'envisageons pas de relaxation sans psychothérapie. Au cours de celle-ci, vis-à-vis de la tension émotionnelle, nous nous efforçons de faire prendre conscience au malade du contenu de ses émotions. Nous pensons en effet qu'une émotion non conceptualisée a une charge beaucoup plus forte [2].

C'est également dans cet esprit que nous pensons qu'un programme de travail précis — comme celui des entraîne-

---

(1) Ces possibilités ne sont pas nouvelles, on connaît les observations de Laury et Brosse sur les variations de rythme du cœur et les observations des Yogis.

(2) Rapprochons cette idée de celle-ci que Wallon exprime dans « Les origines du caractère chez l'enfant » : ce ne serait pas seulement le mouvement et la tension neurovégétative qui varieraient en sens inverse, mais aussi la tension affective et les images que l'on se représenterait.

ments de relaxation — est profitable en ce qu'il dérive la tension émotionnelle. A propos de psychothérapie, n'oublions pas que les personnes dont nous nous occupons doivent être comprises dans toute leur personnalité et que bien souvent cette « tension surcharge nerveuse » n'est qu'une conséquence de personnalité psychopathique [1].

A ces conditions, on peut dans une certaine mesure espérer soulager non seulement les tendus émotifs, mais aussi faire bénéficier certains malades somatiques pour lesquels on a remarqué l'incidence émotionnelle dans la genèse de la maladie; on sait actuellement l'importance que l'on attache à cette incidence dans les ulcères d'estomac, l'asthme, la colite, l'hypertension; les perturbations du cycle menstruel, spasmes digestifs, glaucome, perturbations hormonales, etc... [2].

IV. — L'HYPERTONUS [3]

Nous venons de voir les perturbations neuro-végétatives des états émotionnels et leur accumulation. Par ailleurs, il apparaît actuellement qu'il existe une liaison indissociable entre les « états intérieurs » en relation avec les stimulations reçues de l'extérieur et les moyens d'expression corporels. Ces moyens d'expression constituent le domaine postural qui englobe, d'après Sherrington, toute l'activité tonique de l'organisme. Wallon a particulièrement étudié ce problème.

Il existerait des états de « tension tonique », qui rejoin-

(1) *Cf.* Delay. Etude de psychologie médicale : les états de tension émotionnelle dépendent souvent moins d'événements traumatisants que des complexes affectifs subconscients dans l'individu et des situations vitales auxquelles il fait effort pour s'adapter (p. 241).

(2) Alexander, qui parle de tension émotionnelle, leur fait correspondre particulièrement des types de névroses d'organe et a publié des statistiques intéressantes.

3) Nous avons employé le terme d'hypertonus (terme employé originellement uniquement dans un sens musculaire), dans le sens assez général d'un « état » d'un organisme (trop stimulé). Nous l'opposons à « l'état de tonus » (où le nombre de stimulations est optimum ; en effet, au-dessous d'un certain seuil de stimulations nous pensons que de nouveau l'état obtenu est néfaste).

draient par certains aspects ceux étudiés précédemment, mais qui apportent un point de vue supplémentaire insistant moins sur le caractère de « fatigue phénomène métabolique », de concentration et d'application intellectuelle, ou sur le caractère de perturbation des stress émotifs, mais plutôt sur la quantité des incitations [1]. Cet état de tension tonique expliquerait qu'une excitation de quelque sensibilité que ce soit puisse avoir une répercussion multipliée. En particulier cet état se traduirait par un hypertonus musculaire.

En effet, il est actuellement permis de penser qu'aux modifications du tonus sont liées des modifications de la sensibilité affective, et qu'inversement le tonus serait une « mise en forme » (l'expression est de Wallon) de cette sensibilité [2].

Pour que cette notion d'un état de tension tonique soit confirmée, il fallait montrer scientifiquement l'existence d'un « tonus résiduel » plus important chez cette catégorie de sujets. Cela a été fait; en particulier Malmo et ses collaborateurs parlent d'une tension musculaire propre à chaque individu, « facteur musculaire de la personnalité ». Celui-ci étant plus marqué dans les états psychotiques et psychosomatiques.

Certains ont étudié les modifications posturales au cours de la psychanalyse, et ont montré que chaque malade a son « pattern » postural caractéristique et qu'il se modifie à mesure que son traitement avance. La régression émotionnelle produit une modification posturale.

Le tonus devrait normalement se dissoudre en actions

---

(1) Evidemment les causes de fatigue et surtout l'émotion sont aussi des stimulations qui s'ajoutent aux excitations purement sensorielles comme le bruit, et à ce titre, contribuent à cet hypertonus. Nous avons tenu à l'étudier à part pour la clarté.

(2) Notre Maître, le Professeur Delmas-Marsalet, a fait lui-même des expériences originales qui tendent à confirmer cette perspective ; il mesure par sa méthode personnelle le tonus musculaire d'un sujet et voit que ce tonus augmente considérablement si on montre au sujet des images de forte charge affective. De même, si on fait entendre au sujet de la musique, on suit sur le tracé de son tonus musculaire des variations concordantes.

ou en gestes [1]; l'hypertonus se produirait chaque fois qu'il y aurait excès de stimulation, celles-ci ne trouvant pas leur voie normale d'expression; il y aurait accumulation de tonus inemployé en particulier chaque fois qu'il y aurait une inhibition, le tonus pouvant être utilisé sur place dans des spasmes, la prédilection portant toujours sur les muscles lisses. Nous avons parlé de stimulation en général, dans notre civilisation nous devons faire une grande part aux bruits. Rappelons que les études de Wallon qui ont porté sur les effets de la caresse et le chatouillement chez l'enfant et les effets de cette sensibilité particulière qu'il appelle sensibilité de prestance (ou réaction à la présence d'autrui). En particulier ces états pourraient se produire lors de « l'insistance d'attention dont une personne se sent l'objet » et provoquer « le trac ».

Autre stimulation originale : pour certains (d'après Wallon) le travail engendrerait plus de réactions toniques qu'il n'en résoudrait.

On voit déjà que, comme la tension émotionnelle, l'hypertonus pourra bénéficier des expressions motrices et l'on entrevoit aussi la valeur expressive des rires et des pleurs qu'il faut souvent savoir respecter.

Mais nous avons maintenant un moyen d'action sur la fonction tonique elle-même qui permet d'atteindre directement la « tension tonique »; en effet, on a découvert un parallélisme précieux entre la représentation mentale d'état et la fonction tonique.

Jacobson, par l'enregistrement des potentiels, a montré (dans le cadre de ses études sur la relaxation), que la représentation d'une certaine activité s'accompagne d'une mise de tension de certains groupes musculaires.

---

(1) Wallon : « par des gestes plastiques, des rythmes, des contorsions ou des spasmes ». Pour certains psychiatres (O. Fenichel, par exemple), elle se traduirait somatiquement par des troubles neuropsychiatriques... ou somatiques (hypertension artérielle), etc...

Au contraire, on a montré que la représentation vive d'un état tel que « mon bras est lourd », provoquait une diminution de cette tension, s'accompagnant d'une sensation de lourdeur qui représente une modification tensionnelle dans le sens de la relaxation (1).

Ce n'est plus une liquidation de la tension que nous recherchons, mais une action sur la cause comprise dans l'esprit de l'unité psychosomatique.

On voit dans l'action directe, sur cet hypertonus, la raison principale justifiant la relaxation, qui tend à modifier le vécu de l'être non par autosuggestion, mais pas la modification effective de sa tension intérieure. Le sujet, d'ailleurs, pourrait, en se mettant lui-même dans cet état, non seulement modifier une situation mais se mettre en garde contre toute « tension » que causent bruit... excitation...

***

Nous avons réuni et étudié schématiquement quatre causes qui, dans des domaines différents, contribuent à un état de malaise dit « de tension », et qui nous ont guidé dans notre étude théorique de la « relaxation ».

Nous ne prétendons pas avoir fait une étude psychologique complète des états de tension, ni avoir épuisé le problème des causes de cet état de malaise (2).

---

(1) De plus, par tous les moyens on visera à diminuer le tonus musculaire. Par la mesure du tonus, le Professeur Delmas-Marsalet a pu vérifier que certaines positions (celles de certains fauteuils en particulier) diminuaient effectivement celui-ci. Nous n'avons pas pu encore faire bénéficier intégralement nos malades de ces positions. C'est toutefois pour nous en rapprocher que nous glissons un petit coussin sous leurs genoux. On comprend aussi évidemment que nous supprimions le maximum de stimulations : bruit, lumière, serrement par ceintures...

(2) Ne citons ici que le « syndrome de tension prémenstruel de Franck » : sensation de tiraillement interne, impression d'être opprimé dans sa peau, sanglots, inquiétude, insomnie, vertiges, irritabilité, tension anxieuse, etc..., cessant à l'apparition du flot cataménial et relevant d'un déséquilibre entre le système endocrinien et le système neurovégétatif. Son traitement est évidemment surtout hormonal.

Par ailleurs, il est bien évident que ces perturbations ne peuvent s'analyser dans des domaines séparés que par approximation, car agissant sur un être aussi complexe que l'homme, elles ne vont pas simplement s'additionner, mais créer des situations nouvelles qui vont s'imposer « globalement » [1].

Nous pensons simplement avoir donné un schéma commode.

---

(1) Dans le sens de la « gestalt-theorie ».

MÉTHODE DE JACOBSON

JACOBSON pense qu'il existe un état de fatigue du système nerveux qu'il appelle hypertension neuro-musculaire correspondant à une sensation de nervosité et que le support de cet état et de cette sensation se trouve dans l'agitation incoordonnée de certains groupes musculaires; certains groupes de muscles seraient privilégiés : ceux des yeux et ceux qui correspondent au langage. Par ailleurs, dans ce cas, la tension résiduelle des muscles serait plus élevée qu'elle ne devrait. Vous n'êtes pas toujours capable de sentir la tension de vos muscles, mais un entraînement régulier vous permettra de le faire et de lutter contre elle : vous pourrez alors vous mettre en état de relâchement total après une lutte élective dans les territoires où se sera traduit votre énervement et bénéficier d'une détente psychique correspondante vraiment valable.

L'état d'hypertension neuro-musculaire se traduit par une respiration irrégulière, un pouls accéléré et parfois une augmentation de la température; les réflexes sont également augmentés et la « réaction de sursaut » est particulièrement nette à la moindre stimulation imprévue. On note des mouvements involontaires, des rides, des grimaces, des mouvements des yeux surtout; le sujet signale des spasmes, de l'œsophage par exemple, et surtout une activité mentale continue. La relaxation supprimerait ces symptômes.

Le sujet allongé les yeux fermés, on commencera par lui faire prendre conscience de la sensation de contraction

des fléchisseurs du bras droit (s'il est droitier, sinon le gauche) lorsque l'on résiste à ce mouvement, puis on lui demandera d'oublier cette sensation [1], de chercher son absence.

Ensuite, on refera la même expérience pour les extenseurs du bras en luttant contre l'extension avec quelques livres par exemple. On fera cette même expérience avec les muscles des jambes, des cuisses, de la nuque, du ventre et surtout du front et des yeux. On s'efforcera aussi de relaxer les muscles de la parole. On peut espérer que les muscles internes se mettront d'eux-mêmes à l'unisson.

Ces exercices prennent très longtemps, à raison d'une demi-heure à une heure plusieurs fois par semaine et l'entraînement dure des mois, voire des années.

Avec l'entraînement, on peut être « relâché » en faisant autre chose ou en pensant à quelque chose d'autre; on peut relâcher électivement certains territoires et avoir une meilleure économie de ses dépenses énergétiques. En particulier, cet entraînement serait indiqué dans les cas de troubles du sommeil, les céphalées, les états anxieux, névralgiques, les états dépressifs, les troubles fonctionnels et psychomoteurs, la crampe des écrivains.

---

(1) Contrairement à la méthode de Schultz, le sujet ne doit pas alors se concentrer sur les muscles dont on recherche la relaxation.

MÉTHODE DE SCHULTZ
« Autogene Training » (A. T.)

Les travaux de SCHULTZ sont partis d'un tout autre point de vue puisque celui-ci, ayant étudié les phénomènes d'hypnose, avait remarqué que dans les protocoles relatés par les hypnotisés, il était presque toujours question de sensation de pesanteur et de sensation de chaleur. SCHULTZ cherchait à obtenir un état ayant des analogies avec le sommeil mais obéissant à la volonté par l'influence d'une commutation (Umschaltung), et gardant une vigilance restreinte pour récupérer en partant de là, toute la lucidité. C'est ainsi qu'il mit au point sa méthode d'auto-relaxation concentrative ou entraînement autogène. C'est alors qu'il a vérifié qu'il y avait correspondance entre l'état de pesanteur représenté et une résolution musculaire d'une part, et entre l'état de chaleur représenté et une vaso-dilatation d'autre part (augmentation effective de chaleur de 1°). SCHULTZ a perfectionné sa méthode en ajoutant un troisième stade de « découverte du cœur », un quatrième respiratoire, un cinquième abdominal et un sixième céphalique qui se borne à l'obtention d'une sensation de fraîcheur sur le front.

Ainsi que M. Garcia BADARACCO, nous n'utilisons de la méthode de SCHULTZ que les deux premiers stades. C'est aussi ce que fait KRESTCHMER dans sa méthode dite « d'hypnose fractionnée », mais qui se propose un autre but plus spécifique (1).

(1) KRESTCHMER se sert des deux premiers stades de « maîtrise corporelle » pour obtenir un état hypnoïde sans suggestion en rétrécissant le champ de conscience du sujet auquel il fait fixer une montre dont le sujet entend le tic-tac monotone.

Le sujet installé comme précédemment dans une pièce sombre les yeux fermés, fait un véritable retour vers l'intérieur. Il va se représenter successivement un certain nombre de « phrases clés » ; cette représentation se fera dans la « sphère qui lui sera la plus habituelle ». Au début, cette représentation commence par être purement intellectuelle, pour prendre par la suite une valeur affective particulière.

La première formule sera : « je suis complètement détendu » ; puis : « mon bras droit est lourd » (si le sujet est droitier; on se sert, d'après Schultz, du bras « le plus près du Moi »). Lorsqu'on est parvenu à l'état de flaccidité musculaire pour ce bras il y aura de soi-même une « généralisation ». Toutefois, on passe de la même façon à l'autre bras, puis aux jambes, puis à tout le corps.

L'acquisition de cet entraînement peut durer deux semaines environ. Il est important de faire toujours l'entraînement dans le même ordre, ceci en vue du conditionnement consécutif.

Au début, Schultz conseille de faire des séances très courtes (de deux minutes par exemple et d'augmenter le temps au fur et à mesure (presque un quart d'heure par exemple). Au moment d'arrêter, on fait « la reprise », c'est-à-dire avant d'ouvrir les yeux, des mouvements rythmés des membres avec respirations profondes.

Nous parvenons alors au deuxième stade de la méthode ou stade de chaleur. La phrase-clé est alors « mon bras droit est chaud » et l'on généralise comme précédemment, jusqu'à une sensation de chaleur généralisée. Rappelons que pour Schultz ces formules n'ont rien à voir avec l'autosuggestion.

Avant d'entreprendre la méthode, on prévient le sujet qu'au début des exercices, il ressentira une fatigue générale, un besoin de sommeil et peut-être des modifications importantes de sa conscience corporelle.

Signalons également, à titre documentaire, que pour

Schultz tout ceci (y compris les exercices cardiaques, respiratoires...) ne représente qu'un premier échelon auquel fera suite un deuxième échelon avec exercices psychologiques de concentration et de méditation (visant en particulier à développer la capacité de représentation du « vécu intérieur » par l'image).

ORGANISATION DES CURES DE RELAXATION AU CENTRE ABADIE

Les cures de relaxation se pratiquent, avons-nous dit, dans le cadre du Service du Professeur Bergouignan. L'organisation de cette pratique a été réglée comme suit — après différents essais et difficultés d'organisation.

La méthode proprement dite s'inspire de la méthode de Schultz. Toutefois, dans des cas particuliers, nous avons pratiqué la méthode de Jacobson. Répétons que notre façon d'agir a été souvent intuitive ou basée sur les considérations théoriques qui ont précédé.

Les malades et les personnes qui désirent se relaxer sont d'abord reçus par le médecin qui assure la consultation; celui-ci leur donne des explications et les guide dans leur progression. (La plupart reviennent une fois par semaine pour faire contrôler les progrès qu'ils ont acquis par leurs exercices chez eux.) Mais surtout, nous associons à ces cures une psychothérapie dont nous avons développé toute l'importance. En moyenne, nous consacrons un quart d'heure par malade, mais il est bien évident que pour beaucoup quelques minutes suffisent.

Ensuite, les malades passent dans la pièce de relaxation où un kinésithérapeute les prend en charge; celui-ci peut s'occuper de trois ou quatre malades à la fois. La salle est très peu éclairée, relativement silencieuse et comporte plusieurs matelas ainsi que des petits coussins spéciaux que l'on glisse sous les genoux des sujets.

Le malade allongé doit se représenter la formule : « je suis parfaitement détendu », puis s'il est droitier : « mon bras droit est lourd » ; et il ne passera aux autres stades de la méthode que lorsque l'on aura effectivement constaté cliniquement une flaccidité musculaire. La personne qui surveille note d'ailleurs les résultats acquis par chacun ainsi que les réactions : tressaillements, tics, mouvements divers des paupières en particulier; elle note également les descriptions que lui font les malades de leurs sensations au cours de leur entraînement : ces notes sont confiées au médecin. Les stades de généralisation viennent ensuite. Après un résultat de flaccidité musculaire satisfaisant, on passe au « stade de chaleur » avec ses formules, ce qui effectivement, à la longue, se traduit par une modification dans l'irrigation et une augmentation de chaleur. On s'attache à suivre toujours le même ordre. Avant de faire ouvrir les yeux, on commande la « reprise ».

EXPÉRIENCE CLINIQUE

I. — POURQUOI AVONS-NOUS PRÉFÉRÉ LA MÉTHODE DE SCHULTZ ?

Dans une telle pratique, il nous paraît intéressant d'avoir à notre disposition une méthode qui demande la participation active du malade à laquelle soient liés ses progrès. Nous pensons que nous adjoignons par ce procédé indirect une « thérapeutique occupationnelle » et accordons une part de responsabilité au malade qui évite certaines revendications prématurées.

— Cette méthode nous paraît aussi demander une modification plus profonde de l'attitude pour ces mêmes raisons.

— Par ailleurs, l'expérience a montré que cette méthode facile est plus volontiers poursuivie dans la vie de tous les jours que celle de JACOBSON.

— Le véritable conditionnement obtenu permet un usage de la méthode d'une facilité inattendue : en effet, citons le cas d'une de nos malades pour illustrer ceci :

M^me^ B... vit chez ses beaux-parents. Les repas sont l'occasion pour elle d'une tension extrême avec des crispations musculaires douloureuses, tremblements et refus d'avaler. Après deux mois et demi d'entraînement autogène, en pensant au bras lourd elle parvint à table à modifier son attitude. Un conditionnement se crée ayant le bras pour point de départ et provoque une détente de tout l'être.

II. — RÉSULTATS CLINIQUES

Il est très difficile dans l'état actuel des choses de présenter un résultat clinique de façon scientifique. Nos observations sont encore trop peu nombreuses, elles ne sont pas homogènes et surtout le nombre de facteurs qui ont pu agir dans les cas d'amélioration sont nombreux. (Notre but était de faire de la médecine plutôt que de l'expérimentation.) Par ailleurs ces améliorations elles-mêmes peuvent avoir un caractère passager.

Toutefois, à titre d'exemple, nous avons choisi parmi nos observations trois cas qui nous ont paru tirer le plus de bénéfice de l'entraînement et qui illustrent des situations. Nous donnons un aperçu de ces observations comme « chefs de file » dont on pourra tirer des conclusions transposables.

M^lle^ L..., dix-neuf ans, exerce la profession de téléphoniste (cette profession entre dans le cadre de celles qui provoquent « l'hyperstimulation » que nous avons étudiée théoriquement). Elle présente depuis un an des céphalées, une anxiété, des troubles caractériels, et depuis peu des vertiges. Ses muscles sont tendus. Ces troubles sont apparus alors que la malade encore très enfant et très dépendante était éloignée du milieu familial.

L'entraînement a été suivi très régulièrement pendant cinq mois. Au début, les exercices se sont déroulés de façon satisfaisante quoique atypique : gaucherie, relaxation d'un côté alors que la représentation portait sur l'autre, impression bizarrement imagée d'un côté du corps devenant sombre, etc... Nous avons constaté une amélioration régulière. Enfin, l'attitude est redevenue normale et les troubles subjectifs ont aussi disparu. La disparition des céphalées fut concomitante de la période de relaxation de la nuque.

Cette jeune fille retravaille depuis six mois sans incidents.

M. B..., vingt-huit ans, travaille dans les affaires depuis plusieurs années. A la suite d'un choc affectif dévalorisant, survenu un an auparavant, son émotivité déjà grande s'est accrue, à tel point qu'il est gêné dans l'exercice de sa profession et ne peut plus voir ses clients qu'accompagné d'un tiers.

L'entraînement autogène est pratiqué avec beaucoup de persévérance malgré un début peu encourageant, suivi de progrès continus. Après six mois, ce véritable malade est beaucoup moins gêné, extrêmement amélioré.

M^me^ D..., trente ans, est mariée et a une fille de huit ans. Elle est elle-même fille unique et n'a ressenti aucune gêne avant son mariage. Depuis, elle a eu de grosses difficultés pour accepter la vie sexuelle bien qu'elle ne soit pas frigide. Elle a souffert d'angoisse d'avoir été éloignée de son milieu et a eu différentes phobies. Elle était atteinte d'eczéma et de tics de grattage.

Une psychothérapie explicative aidée d'entraînement autogène (toutefois sans parvenir au stade de chaleur) est parvenue à faire disparaître phobies et tics de grattage. L'eczéma a également disparu et la malade envisage de reprendre son travail stoppé depuis un an et demi.

Si nous voulions établir un panorama général de tous les cas que nous avons traités avec résultats intéressants par l'entraînement autogène en dehors des cas précédents nous pourrions citer :

— Les sujets de caractère obsessionnel qui sont venus nous consulter soit pour surmenage secondaire à leur perfectionnisme, soit pour des cénesthopathies aboutissant à une inquiétude hypochondriaque; nous aurions alors de nombreuses observations avec quelques variantes de l'une à l'autre.

— Les sujets souffrant de troubles psychomoteurs dont nous avons vu un cas (le tic de grattage). Nous avons également traité des bègues. Bien que les observations soient encore trop courtes, il est certain qu'il y ait une

amélioration. L'A.T. doit alors préparer et se combiner avec la rééducation. Nous nous occupons également d'une crampe des écrivains.

— Un autre groupe est constitué par les hyperémotifs. Les résultats nous ont paru très significatifs.

Les autres catégories nous donnent des résultats peu nets ou difficiles à interpréter.

— Dans les névroses d'angoisse trop intenses, l'entraînement autogène est très difficile à appliquer; il semble parfois augmenter l'angoisse. Mais si l'on associe des médications tranquillisantes on peut alors utiliser l'A.T. comme méthode d'appoint.

— Nous avons une observation de pithiatique avec position tournée du pied qui a régressé. Il est difficile de montrer que l'A.T. a eu un autre rôle que celui de prétexte ou de paravent.

— Dans les cas de troubles psychosomatiques complexes notre expérience est en général trop courte. Par exemple, il nous semble que la généralisation de ces techniques dans les services d'hypertendus artériels devrait souvent apporter une aide précieuse.

Une observation nous paraît intéressante car elle montre les possibilités des thérapeutiques convergentes.

M^me^ X... eut, à la suite de contrariétés et d'opposition au milieu familial, un arrêt des règles et de l'ovulation. Le mariage n'apporta pas de changement à cet état de choses, bien que l'on consultât de nombreux gynécologues. Après trois ans, l'A.T. pratiqué trois mois apporta une détente à cette paratonique crispée, et alors une thérapeutique simple (2 comprimés par jour d'éthynyl œstradiol) fit revenir les règles.

III. — RÉFLEXIONS A PROPOS DE L'EXPÉRIENCE CLINIQUE

Nous avons, à plusieurs reprises, parlé de psychothérapie, comme complément de la méthode. Dans une certaine mesure, nous pouvons rapprocher la fonction qu'exerce alors le médecin de celle des « Counselors » de certaines usines américaines [1]. Par ailleurs, avons-nous dit, la plupart de nos sujets tendus peuvent être considérés sous l'angle d'une personnalité psychopathique qui relève d'une psychothérapie plus spécifique. Il nous semble aussi que vu les conditions dans lesquelles nous opérons, un léger transfert vis-à-vis du médecin ou du kinésithérapeute ne peut souvent être évité, de conclusions peu redoutables d'ailleurs.

Nous nous sommes servi également quelquefois de l'entraînement et de l'analyse de l'attitude devant l'entraînement comme point de départ de certaines psychothérapies. C'est une sorte d'analyse phénoménologique qui se propose à nous. Nous suivons avec le malade ses progrès et ses « barrages » dont on recherche ensemble les causes plus profondes. Le sujet se rend d'ailleurs mieux compte au bout d'un certain temps de ses « attitudes crispées ».

Evidemment, la relaxation demande que le malade soit assez disponible, donc les grandes maladies mentales, les névroses sévères sont exclues dans la phase aiguë. Par contre, l'A.T. garde toutes ses indications dans les périodes de réadaptation.

Nous avons toujours utilisé les méthodes convergentes : l'association d'un tranquillisant permet souvent de mieux commencer les exercices (et si le malade est trop anxieux ou trop contracté nous pensons qu'il vaut mieux d'abord établir une thérapeutique biologique). Mais inversement,

(1) *Cf.* Friedman : « Où va le travail humain ? ».

l'A.T. nous a paru parfois augmenter les effets de certains médicaments.

Enfin, il nous a semblé que l'entraînement en groupe présentait des avantages : nous pensons qu'il se crée un véritable entraînement par le groupe, et une « émulation » souhaitable.

Pour ce qui est de la transformation profonde et définitive de toute une personnalité, de toute une « manière d'être » névrotique, comme l'espère Schultz, il nous est évidemment trop tôt pour juger à la lumière de notre expérience clinique. Notre recul est insuffisant devant ces maladies à long terme. Toute conclusion dans ce sens dès maintenant serait prématurée et insoutenable. Mais il est évident que nous pensons que l'on trouvera là l'un des intérêts primordiaux de la méthode.

CONCLUSIONS

E. Jacobson en Amérique, en 1938, et J. H. Schultz en Allemagne, en 1950, ont défini des méthodes de relaxation; celles-ci s'adressent, d'après ces auteurs, à des « états de tension ».

Il nous a paru intéressant de tenter de définir plus exactement ce terme d'usage courant à la lumière de nos lectures et de rapporter les conclusions que nous croyons pouvoir tirer d'une expérience encore courte de l' « entraînement autogène » de Schultz pratiqué depuis un an dans le cadre du Centre J. Abadie.

Nous avons constaté que le terme de tension était utilisé de manière différente. A notre avis, on peut schématiser le problème de la manière suivante : il existerait quatre aspects de cette « tension nerveuse » qui s'intriqueraient toujours d'ailleurs :

— Une fatigue purement neuro-musculaire qui occasionnerait une certaine « nervosité ».

— Un état tensionnel psychologique, état d'insatisfaction, sorte de fatigue psychique.

— Un état de « tension émotionnelle », en relation avec des émotions rentrées.

— Un état « d'hypertonus » dû à un excès de stimulations sensorielles et se traduisant par une augmentation du tonus musculaire.

Pour chaque aspect, nous avons envisagé le mode d'action possible de ces thérapeutiques encore nouvelles

et nous avons conclu que pour chacun d'eux, la cure de relaxation peut être un remède par des processus pathogéniques différents tels que : récupération d'énergie, diminution de la résonance corporelle et suppression effective du tonus musculaire.

Nous pensons qu'il faut souvent associer à ces thérapeutiques une médication pharmacologique, un moyen d'expression dans le domaine psychomoteur et toujours une psychothérapie qui s'adresse à la personnalité du malade dans sa totalité.

La méthode de Schultz nous a paru préférable parce qu'elle demande la participation active du malade et parce qu'elle est plus globale; elle peut aussi servir de point de départ à une psychothérapie.

Notre expérience clinique nous a donné des résultats satisfaisants pour un certain nombre de malades que nous suivions régulièrement. Ces résultats sont encore trop peu nombreux pour être groupés et avoir un caractère statistique. Toutefois dès maintenant ils permettent de conclure à des bienfaits certains, en particulier chez les petits obsédés, les petits anxieux, les hyperémotifs et dans les troubles psychomoteurs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
P. DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 Novembre 1957
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Ajuriaguerra & Garcia Badaracco. — Les thérapeutiques de relaxation en médecine psychosomatique. *Presse médicale,* 1953, p. 320.

Bachelard. — Dialectique de la durée. P.U.F.

Bergson. — L'énergie spirituelle. P.U.F.

Boutonier. — Les défaillances de la volonté. P.U.F.

Burger. — La psychothérapie et le problème des névroses dans l'œuvre de Schultz. *L'évolution psychiatrique* I., T. **57**, fasc. 1.

Delay (J.). — Les dérèglements de l'humeur. P.U.F.

Delay (J.). — Etude de psychologie médicale. P.U.F.

Delmas-Marsalet. — L'activité tonique du muscle strié humain. *Journal de Médecine de Bordeaux,* mai 1953.

Demangeat. — Les thérapeutiques de relaxation. *Gazette médicale de France,* 2, VII, 1956.

Ey (H.) & Schultz (J. H.). — Problèmes fondamentaux de l'étude des névroses. *L'évolution psychiatrique,* 1957, fasc. 1.

Fabre & Rougier. — Physiologie médicale. Maloine, édit., Paris.

Fenichel (O.). — La théorie psychanalytique des névroses. P.U.F.

Filloux (J. C.). — Le tonus mental. P.U.F.

Fraisse. — Psychologie du temps. P.U.F. Conférences faites à Bordeaux en 1957 à l'Institut de Psychologie.

Friedmann. — Où va le travail humain ? Gallimard, édit., Paris.

Jacobson. — Progressive relaxation. *Chicago univ. of Chicago Press.*

Janet. — La tension psychologique et ses oscillations. *In* Nouveau Traité de psychologie de Dumas, P.U.F.

Janet. — Les obsessions et la psychasthénie, t. I et II, P.U.F.

Wallon (H.). — Les origines du caractère chez l'enfant. P.U.F.

Malmo, Schagass & Davis. — Electromyographic studies of muscular tension in psychiatric patients under stress. *J. of Clinical and experimental psychopathology,* 1951, vol. 12, n° 1, 45-66.

Masson-Oursel. — Le Yoga. P.U.F.

Neufeld. — Relaxation Method in U.S. Navy air Schools. *The J. of Psychiatry,* 1951, **108**, 132-137.

Pradines. — Traité de psychologie, T. I et II, P.U.F.

Schultz (J. H.). — Das autogene Training. (Koncentrative selstentspannung.) Thieme Stuttgart.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 9

Les états de « tension nerveuse » 13

I. — Fatigue neuromusculaire 14

II. — Les états tensionnels psychologiques 15

III. — La tension émotionnelle 17

IV. — L'hypertonus 24

Méthode de Jacobson 29

Méthode de Schultz 31

Organisation des cures de relaxation au centre abadie.... 34

Expérience clinique 36

I. — Pourquoi avons-nous préféré la méthode de Schultz ? 36

II. — Résultats cliniques 37

III. — Réflexions à propos de l'expérience clinique 40

Conclusions 43

Bibliographie 47

Bordeaux. — Impr. E. Drouillard, 3, place de la Victoire.